ARTIGO DE REVISÃO

Intersetorialidade entre as políticas públicas de assistência social e saúde: desafios para a promoção da saúde

Intersetoriality between public policies for social assistance and health: challenges for a promotion of health

Edvaldo Anastácio[1], Lindalva Guimarães Mendes[1], Valéria Silva Cardoso[1], Adriana Kátia Emiliano Souza[1], Gesiene Aparecida Cordeiro Reis[1], Lindalva Martins Abreu[1], Elza Machado de Melo[1]

[1] Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo contribuir para o debate sobre a Política Pública de Assistência Social e sua interface com a Política Pública de Saúde visando à promoção da saúde de seus usuários. Apresenta as normativas vigentes e busca, a partir de produções teóricas de alguns autores e da premissa da garantia dos direitos sociais, a compreensão quanto aos avanços e desafios dessas políticas na promoção da saúde de seus usuários, numa concepção de gestão intersetorial.

Palavras-chave: Assistência Social, Saúde, Proteção Social, Direitos Sociais, Promoção da saúde, Intersetorialidade.

ABSTRACT

The purpose of this article is to contribute to the debate about the Public Policy of Social Assistance and its interface with the Public Health Policy aiming at promoting the health of its users. It presents the current regulations and seeks, based on the theoretical productions of some authors and the premise of the guarantee of social rights, the understanding of the advances and challenges of these policies in the promotion of the health of its users, in an intersectoral management conception.

Key words: Social Assistance, Health, Social Protection, Social Rights, Health Promotion, Intersectoriality.

INTRODUÇÃO

Historicamente, as políticas sociais são instituídas objetivando responder às demandas da população, oriundas do resultado das relações contraditórias determinadas pela luta de classes. Apesar de não superarem a desigualdade, pode-se afirmar que elas alteraram o padrão de distanciamento entre as classes sociais, na medida em que instituíram sistemas de proteção social. É neste contexto que apresentaremos a Política Pública de Assistência Social e a Política Pública de Saúde, contemplando suas especificidades, bem como a importância da interface entre elas, na promoção da saúde dos cidadãos.

O texto apresenta o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase nas ações de promoção da saúde e nos desafios da intersetorialidade entre estas políticas, procedendo às considerações finais.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Edvaldo Anastácio
E-mail: edtacio@yahoo.com.br

O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)

A assistência social no Brasil, antes de se tornar uma política pública, era marcada pelo assistencialismo, pela benesse, pela caridade e pela ação voluntária. Portanto, essa área era caracterizada como *não política,* considerada como secundária e à margem, no rol das políticas públicas. Com o advento da Constituição de 1988, a assistência social passa a ser direito do cidadão e dever do Estado, tornando-se parte da seguridade social e da proteção social pública.[1] Assim, as ações empreendidas pela Política de Assistência Social compõem o tripé da seguridade social, juntamente com a saúde e a previdência social. "Como Política de Estado, passa a ser um campo de defesa e atenção dos interesses dos segmentos mais empobrecidos da sociedade".[2]

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), instituída cinco anos após a promulgação da Constituição, inovou ao afirmar o seu caráter não contributivo, a centralidade do Estado na universalização e a garantia de direitos e acesso aos serviços sociais, bem como no controle social, contemplando previsão de cobertura a todos que dela necessitar.[3] No entanto, apesar do explícito reconhecimento de direitos, verifica-se sobre a LOAS o efeito contrário, "com a inserção do Estado brasileiro na contraditória dinâmica e impacto das políticas econômicas neoliberais, que coloca em andamento processos desarticuladores, de desmontagem e retração de direitos e investimentos no campo social".[4]

Apenas em 2004, quase 10 anos depois, foi instituída a Política Nacional de Assistência Social, resultado de um intenso e amplo debate nacional e fruto da resistência ao ideário neoliberal.[5] Conforme afirma Valente:

> *De acordo com a PNAS (2004), para a efetivação da proteção social, há necessidade de desenvolver maior capacidade de aproximação do cotidiano da vida dos indivíduos, pois é nele que riscos e vulnerabilidades se constituem, devendo garantir as seguintes seguranças: segurança de sobrevivência (de rendimento e autonomia), de acolhida, de convívio ou vivência familiar.*[6]

Quanto à segurança de rendimentos, a PNAS se refere à possibilidade do provimento da sobrevivência, independentemente das limitações para o trabalho ou situações de desemprego. É o caso de pessoas com deficiência, idosos, desempregados, famílias numerosas, famílias desprovidas das condições básicas para sua reprodução social em padrão digno e cidadão de existência. A segurança da autonomia está relacionada ao desenvolvimento de capacidades e habilidades dos usuários, com vistas à conquista da independência pessoal, superação de vicissitudes e contingências que venham impedir o protagonismo social e político. A conquista da autonomia só se torna possível quando apoiada nas certezas de provisões estatais, de proteção social pública e de direitos assegurados. A segurança de acolhida opera com a provisão de necessidades humanas, tais como alimentação, vestuário, abrigo, etc. Outra situação que também demanda acolhida é a necessidade de separação da família, por diversas situações, tais como violência familiar ou social, drogadição, alcoolismo, desemprego por longo período e criminalidade. A segurança de convívio ou vivência familiar supõe a não aceitação de situações de isolamento e perda das relações sociais, pois é na relação que o sujeito cria sua identidade e reconhece a sua subjetividade (PNAS/2004).

A estruturação da proteção social a ser ofertada pela assistência social concretiza-se segundo dois níveis de atenção: proteção social básica e proteção social especial (de média e de alta complexidade). Essa lógica de estruturação está diretamente relacionada às diferentes modalidades de desproteção social, que exigem do Estado respostas ao seu enfrentamento.

A proteção social básica tem caráter preventivo e processador de inclusão social. Seu objetivo é prevenir situações de risco a partir do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação, ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, bem como fragilização dos vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (PNAS/2004).

A proteção social especial volta-se para indivíduos e grupos que se encontram em situação de alta vulnerabilidade pessoal e social, decorrentes do abandono, privação, perda de vínculos, exploração, violência, entre outras. Os serviços da proteção especial destinam-se ao enfrentamento de situações de risco em famílias e indivíduos, cujos direitos tenham sido violados, ou em situações nas quais já tenha ocorrido o rompimento dos laços familiares e comunitários. Esses serviços podem ser de média ou de alta complexidade.

A regulação e a organização da Política de Assistência Social em todo o território nacional se dão por intermédio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo. Seus eixos estruturantes são: a matricialidade sociofamiliar, a descentralização político-administrativa e territorialização, o financiamento, o controle social, o desafio da participação popular, a política de recursos humanos, a informação, o monitoramento e avaliação dos serviços, programas, projetos e benefícios.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Segundo Souza e Costa[7], um dos maiores movimentos de inclusão social na história do Brasil foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e representa, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos. À época de sua criação, na década de 80, o Brasil passava por um momento de clamor coletivo por mudanças políticas voltadas para a redemocratização do país. As manifestações populares tinham como propósito a realização de eleições diretas para presidente e, no campo da saúde, visavam à atenção integral e abrangente, democrática e igualitária, tendo como principais atores sociais os profissionais da saúde, os intelectuais, as lideranças políticas, os movimentos estudantis universitários e sindicais, entre outros. Isso culminou com o esgotamento do modelo médico assistencial privatista vigente, dando lugar ao surgimento do SUS.[8]

Desde então, o Ministério da Saúde vem, juntamente com as instâncias estaduais e municipais, trabalhando na organização dos serviços de saúde para o desenvolvimento de atuação eficaz e qualificada para garantir o exercício pleno dos direitos humanos dos cidadãos, base de uma saúde pública de fato universal, integral e equânime, como direito social de todo brasileiro: "a igualdade de direitos à saúde é preconizada na Constituição Federal de 1988, o que a torna um direito social".

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) do SUS surgiu a partir de definições constitucionais, das legislações que regulamentam o Sistema Único de Saúde, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007). Foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, ratificando o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS[9]. A premissa é a garantia da integralidade da assistência com equidade, livre de preconceitos e privilégios de qualquer espécie, com ampla participação social, sendo capaz de responder pela promoção, proteção e prevenção e recuperação da saúde.

Na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990), o SUS indexou ao seu conceito ampliado que a saúde é resultante da organização e produção de determinado contexto histórico, social e cultural, resultante também dos modos de vida, buscando superar o entendimento de saúde como ausência de doença. Ainda em relação a esta lei, na redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013, os níveis de saúde de uma população expressam a organização social e econômica do país. Sendo assim, são considerados determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.[10]

A perspectiva de abordagem da promoção da saúde revela o desenvolvimento de políticas públicas e a produção e disseminação de conhecimentos e práticas de saúde de forma compartilhada e participativa. Sendo o processo saúde-adoecimento decorrente de múltiplos e complexos aspectos, a promoção da saúde deve ser articulada intersetorialmente. Assim, os demais setores serão impulsionados a considerar, em suas políticas específicas, os fatores e as condições de vulnerabilidade, os riscos e potencialidades da saúde que diretamente interferem na vida das populações, responsabilizando todos os setores e ressaltando que a promoção da saúde deve acompanhar uma agenda intersetorial.

OS DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE: SUAS-SUS

O reconhecimento da complexificação dos processos sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, tornou obsoletas e ultrapassadas determinadas concepções que subsidiavam o planejamento governamental. Um exemplo dessa situação é o consenso acerca da compreensão da pobreza, da

violência, da doença, entre outros, como fenômenos multicausais e multidimensionais e que, portanto, demandam para seu enfrentamento uma gama variada de ações por parte do poder público e da sociedade. Tornou-se necessário superar formas de intervenções fragmentadas e experimentar novas estratégias a partir de melhor conhecimento da realidade sobre a qual as políticas atuam. Assim, as novas formas de governança indicam a necessidade de mudanças nos padrões tradicionais de produção de políticas públicas que passem a enfatizar as relações intergovernamentais, o papel das redes e a intersetorialidade.

Conforme orienta Sposati:

> *As políticas sociais ainda combinam o caráter próprio, o complementar e os diferentes modelos de gestão. Estes podem conter mecanismos de gestão intersetorial que, em geral, são articulados com gestões descentralizadas, territorializadas e equânimes, isto é, respeitam a diferenciação, a heterogeneidade e equidade.*[11]

A partir do conceito ampliado de saúde, que traz a compreensão de que a promoção da saúde está relacionada a um conjunto de estratégias que atuam sobre os determinantes sociais e impactam na qualidade de vida dos indivíduos, a intersetorialidade é destacada como importante ferramenta de interação e complementaridade das ações entre as políticas públicas. Nesse contexto, ela pode ser entendida como um novo paradigma de gestão de política pública, um modelo de execução que visa à proteção social e à garantia de direitos.

Inojosa define a intersetorialidade como a "articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas".[12]

A Constituição Brasileira de 1988 denota a saúde e a assistência social como políticas sociais que se caracterizam pela afirmação do dever do Estado, por um sistema de organização participativo e descentralizado, pela universalização de acesso, pelo reconhecimento dos direitos sociais, numa perspectiva de cogestão entre governo e sociedade, buscando a atenção integral aos usuários dos serviços. Todavia, observa-se que mesmo com esses preceitos previstos constitucionalmente têm-se experienciado cotidianamente ações, programas e serviços que estão muito aquém de garantir a atenção integral de qualidade e os direitos sociais aos usuários.

Segundo Faria, os estudiosos da intersetorialidade intragovernamental são unânimes em afirmar as diversas ordens de dificuldades inerentes à produção da cooperação desejada na produção de políticas públicas. Estas se traduzem em barreiras organizacionais, técnicas ou legais e também de ordem política.[13] São muitos os fatores detectados: número, diversidade, interesse, expertise, visão específica dos problemas a serem enfrentados, além dos recursos, capacitação e delimitações jurisdicional de cada um dos atores envolvidos.

Portanto, entende-se que o desafio para a assistência social e a saúde é contribuir para que os sistemas de proteção social e de promoção da saúde se tornem um conjunto de medidas efetivas que garantam os direitos sociais, conforme previstos legalmente no tripé da seguridade social. Trata-se de promover, institucionalmente, a articulação de cada serviço como uma rede complexa composta pela totalidade de outras instituições e serviços de diferentes políticas, incentivando o trabalho interdisciplinar e intersetorial. Assim sendo, pressupõe que seja necessária, para sua efetivação, articulação das políticas sociais, tanto no âmbito da formulação e do planejamento quanto na execução, monitoramento e avaliação. Apesar dos ensaios desse importante e imprescindível modelo de gestão na atualidade, a intersetorialidade ainda se constitui como desafio, em termos de efetivação na prática cotidiana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas de saúde e assistência social conquistaram muitos avanços desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 e de suas legislações específicas. No entanto, ainda nos deparamos com políticas específicas ainda frágeis, com ações fragmentadas e sem a sinergia necessária à consolidação da intersetorialidade.

Dessa forma, para que a intersetorialidade se efetive, é fundamental que as diversas políticas não vejam a si mesmas como partes isoladas, mas sim como vinculadas às demais por um grau de interdependência relativa à questão da promoção da saúde, e que as interações sejam capazes de gerar ganhos para todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

2. Yazbek MC. A política social brasileira nos anos 90: a refilantropização da Questão Social. São Paulo: Abong, 1995. Cadernos Abong Políticas de Assistência Social
3. Brasil. Presidência da República. Lei orgânica da Assistência. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.
4. Raichelis R. A Política Nacional de Assistência Social e o SUAS: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: Couto BR, Yazbek MC, Silva e Silva MO, Raichelis R. O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento. São Paulo: Cortez; 2010.
5. Ministério do Desenvolvimento Social (BR). Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília: MDS; 2004.
6. Valente J. Família acolhedora: as relações de cuidado e de proteção no serviço de acolhimento. São Paulo: Paulus; 2013.
7. Souza GCA, Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde Sociedade. 2010[citado 2016 nov. 20];19(3):509-17. Disponível em: <http://www .scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf>.
8. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19/09/1990: Sistema Único de Saúde (SUS). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [citado 2016 nov. 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
9. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2006.
10. Presidência da República (BR). Lei 12.864 de setembro de 2013. [citado 2016 nov.20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12864.htm
11. Sposati A. Especificidade e intersetorialidade da política de Assistência Social. São Paulo; 2004. [citado 2016 nov.20]. Disponível em: https://www.google.com.br/?gws_rd=cr,ssl&ei=OexFWcreJMS6-AHw3bKgBw#q=Sposati+A.+Especificidade+e+intersetorialidade+da +pol%C3%ADtica+de+Assist%C3%AAncia+Social.+
12. Inojosa RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. Cadernos FUNDAP, São Paulo, 2001;7:102-10.
13. Faria CAP. Os desafios da intersetorialidade na produção de políticas. In: Mourão MA, Passos ADB, Faria CAP, organizadores. O Programa BH Cidadania: teoria e prática da intersetorialidade. Belo Horizonte: Únika; 2011.